



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

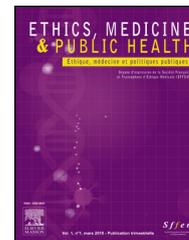


Available online at

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RÉFLEXIONS

Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19 : la prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité



Ethical approach to the issue of confinement of the elderly in the context of the COVID-19 pandemic: Prevention of frailty versus risk of vulnerability

**M. Piccoli (MD)^{a,b,*}, T. Tannou (MD)^{c,d,e,f,*},
I. Hernandorena (MD)^{a,b,1}, S. Koeberle (MD)^{c,d,1}**

^a Département médico-universitaire de gériatrie, AP–HP, centre université de Paris, site Broca, 54-56, rue Pascal, 75013 Paris, France

^b EA 4468 maladie d'Alzheimer, facteurs de risques, soins et accompagnement des patients et familles, université de Paris, 54-56, rue Pascal, 75013 Paris, France

^c service de gériatrie, CHU, 25000 Besançon, France

^d Équipe « éthique et progrès médical », CIC Inserm 1431, CHU de Besançon, 25000 France

^e EA 481 Neurosciences intégratives et cliniques, université Franche Comté, 25000 Besançon, France

^f Centre de recherche, institut universitaire gériatrique de Montréal, Montréal, Quebec, Canada

Reçu le 29 avril 2020 ; accepté le 16 mai 2020

Disponible sur Internet le 27 mai 2020

MOTS CLÉS

Âgisme ;
COVID-19 ;
Fragilité ;
Gériatrie ;
Isolement social

Résumé La pandémie à COVID-19 touche particulièrement les personnes les plus âgées et expose à un risque de mortalité les plus fragiles. Des mesures de confinement, de distanciation sociale et d'isolement ont été mises en place pour limiter la propagation virale. S'il existe un rationnel clair pour réduire la contagiosité de l'infection par ce biais, les conséquences néfastes de cet isolement social, en particulier pour cette population hétérogène, âgée et

* Auteur correspondant et premier auteur. Département médico-universitaire de gériatrie, centre université de Paris, site Broca, EA 4468 maladie d'alzheimer, 54-56, rue Pascal, 75013 Paris, France.

Adresses e-mail : matthieu.piccoli@aphp.fr (M. Piccoli), ttannou@chu-besancon.fr (T. Tannou).

¹ Chaque auteur a contribué à part égal comme relecteur avec des ajouts substantiels au texte initial.

fragile sont difficiles à appréhender. En particulier, la rupture avec les structures habituelles de support et de soutien à domicile ou en institution, mais aussi le risque d'une diminution de « l'empowerment » de la personne âgée par rapport à ses propres décisions de santé et de vie sociale, imposent une vigilance particulière pour éviter un risque d'âgisme sociétal. Il peut ainsi exister, en regard de cette population particulière, des conflits de valeurs entre protection individuelle et collective, d'une part, et respect de l'autonomie et de l'indépendance, d'autre part. Cet article propose une réflexion éthique de la question du confinement des personnes âgées à risque de fragilités, s'appuyant sur des principes de l'éthique médicale, pour ouvrir les pistes de réflexion qui permettent une approche positive de la vulnérabilité, garante du respect de la dignité de la personne et de l'équité dans l'accès aux soins.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Ageism;
COVID-19;
Frailty;
Geriatrics;
Social isolation

Summary COVID-19 pandemic particularly affects older people and exposes them to a higher risk of mortality. Containment, social distancing and isolation measures have been implemented to limit viral transmission. While there is a clear rationale for reducing the contagiousness of the infection through this means, the adverse consequences of this social isolation, especially for this heterogeneous, aged and frail people, are difficult to apprehend. In particular, the disruption of the usual support and care ecosystems at home or in institutions may paradoxically increase the frailty of these people and lead to adverse events we wanted to avoid. On the other hand, the risk of a decrease in the older person's empowerment regarding his or her own health and social life decisions requires particular vigilance to prevent the risk of societal ageism. Regarding this population in particular, a possible conflict of values between individual and collective protection on one hand and respect for autonomy and independence on the other hand could exist. This article proposes an ethical reflection on the issue of containment of frail ageing people, based on medical ethics principles, in order to open up positive approaches of vulnerability that guarantee respect for the dignity of the person and equity in care access.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Le contexte : COVID-19 et vulnérabilité sanitaire

L'histoire de la médecine est marquée par de nombreuses crises sanitaires et épidémiques dont les principales ont suscité des changements sociétaux majeurs comme la peste, la variole, le choléra, la poliomyélite, la rougeole, Ebola, le VIH, ou encore la grippe espagnole. L'apparition des antibiotiques a permis d'endiguer une partie des épidémies bactériennes [1] (malgré l'émergence préoccupante de l'antibiorésistance [2]), mais ne permet pas d'éviter l'émergence de nouvelles épidémies virales [3].

Ce qui fait la spécificité des virus, c'est leur fonctionnement de parasite génétique qui implique à la fois la nécessité de survivre assez longtemps dans les cellules de l'hôte pour s'y répliquer et donc se transmettre et une capacité de mutation pour se protéger des phénomènes de mémoire immunologique. Cela conduit à une sélection naturelle des formes les plus contagieuses et suffisamment virulentes pour que l'épidémie se propage [4,5].

La médecine, à travers les âges, a toujours essayé au mieux, selon ses moyens et ses connaissances, de protéger la santé. Mais, parfois, les logiques individuelles et sociétales s'entrechoquent et font émerger des conflits de valeurs [6]. Ainsi, dans le champ de la protection des risques,

notamment en santé publique, l'équilibre entre liberté d'un individu et protection d'une population, se fait parfois au prix de contraintes nécessaires [7].

Dans le contexte actuel d'épidémie mondialisée à COVID-19 (maladie de l'agent viral pathogène Sars-CoV-2), nos systèmes de santé sont, pour la première fois depuis l'avènement d'une médecine technique et scientifique dite moderne, mis en tension par l'ampleur de la crise, popularisant les expressions « aplatis la courbe » [8], distanciation sociale et confinement qui visent à étaler dans le temps le nombre de cas incidents simultanés, au prix d'une augmentation du nombre de cas et parmi ceux-là, des cas graves. Ce sont ces mesures qui, pour l'instant sont efficaces en matière de santé collectives, alors qu'il n'existe, à ce jour, aucun traitement curatif éprouvé à visée curative de la COVID-19. Les perspectives thérapeutiques actuelles reposent sur des traitements, parfois lourds et agressifs, des complications de cette maladie (maladies veineuses thrombo-emboliques, insuffisance respiratoire,...) et des séquelles dont nous ne mesurons pour l'instant pas l'ampleur.

Face à cette maladie d'évolution inconnue, d'allure imprévisible, l'accès aux soins de réanimation a été l'objet d'un conflit de valeurs entre la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice redistributive [9].

Concernant la personne âgée, la discrimination sur le seul critère de l'âge (âgisme) ne permet pas toujours une réflexion concertée concernant le niveau de soin, incluant l'accès aux services de réanimation et peut engendrer une restriction d'accès systématisée ne permettant pas l'évaluation du rapport bénéfice/risque individuel. De la même manière, dans le champ des soins actifs, pour ces cas graves, lorsque les soins s'intensifient, que les moyens thérapeutiques se réduisent et que les perspectives raisonnables de guérison s'amenuisent, le respect de la dignité de la personne humaine, telle que signifiée dans la convention d'Oviedo [10] et l'équité dans l'accès aux soins imposent, dans le respect de l'autonomie de la personne, de stopper des actes n'ayant pour seule finalité que le maintien artificiel de la vie [11].

Aussi, pour l'épidémie de COVID-19, reconnue comme urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier 2020 par l'OMS [12] puis comme pandémie le 12 mars 2020 [13], le Haut Conseil en santé publique a rédigé des recommandations spécifiques pour les personnes « à risque de forme sévère » le 14 mars 2020 [14], tenant compte de l'ensemble de ces éléments et de l'impératif de protection des plus vulnérables : la distanciation sociale devenait le moyen de prévention privilégié.

En effet, il était déjà identifié que les comorbidités, qui sont corrélées à l'âge, sont un facteur de risque de mortalité surajouté aux syndromes respiratoires aigus liés à la COVID-19. On y retrouvait ainsi formulées des recommandations visant à éviter que le virus entre en contact avec cette population vulnérable :

- « Restreindre drastiquement voire interdire les visites dans les établissements d'hébergements collectifs » et « Interdire toute sortie aux personnes à risque résidant en hébergement collectif à l'extérieur de ces établissements » ;
- « Contre-indiquer aux personnes à risque l'utilisation des moyens de transport collectifs » et « Demander à ces personnes de limiter les déplacements individuels aux seuls déplacements essentiels ».

Le 16 mars 2020, le Conseil scientifique national COVID-19 reprenait à son compte ces recommandations [15] :

- « Des mesures d'exclusion concernant tous les établissements hébergeant des personnes à risque de forme grave de COVID-19 (hébergement de personnes âgées dépendantes, hébergement de personnes handicapées, hébergement de personnes précaires) de façon à empêcher l'intrusion du virus dans ces établissements » ;
- « Pour les personnes fragiles non hébergées dans des établissements spécialisés, elles doivent appliquer un confinement total à domicile et notamment limiter au maximum les contacts avec des structures sanitaires ou des professionnels de santé à leur cabinet. Un contact avec les soignants doit être assuré par télémedecine ou tout autre moyen de communication permettant un contact visuel de façon à limiter les conséquences psychologiques ».

Or, Conjointement à ces recommandations, un avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) rappelait [16], dès le 13 mars, la nécessité de trouver « Un juste équilibre entre la nécessité d'une solidarité collective, en

particulier à l'égard des personnes vulnérables et l'affirmation de l'autonomie, de même qu'entre toutes les dimensions du soin : traitement médical, accompagnement individualisé et justice, suggérant que la notion d'intérêt général est partagée au sein de la société ». Dans un bulletin de veille du 23 mars [17], le CCNE rappelait la nécessité d'une attention particulière au « risque affectif de l'isolement » des personnes les plus vulnérables. Enfin, le 30 mars, dans sa réponse à la saisine du ministère de la Santé sur le renforcement des mesures d'isolement dans les EHPAD [18], le CCNE rappelait que « Toute mesure contraignante restreignant les libertés reconnues par notre État de droit, notamment la liberté d'aller et de venir, doit être nécessairement limitée dans le temps, proportionnée et adéquate aux situations individuelles. » insistant également sur des « conséquences qui s'ajouteraient alors au risque épidémique ».

Il est important de rappeler que la vulnérabilité des personnes âgées fragiles, indépendamment de la situation liée au COVID, est une conséquence de :

- un phénotype de fragilité [19], qui peut être décrite par l'approche holistique de Gobbens et al., 2010 [20] comme la résultante d'une trajectoire de vie, associant à la fois une composante physique, psychologique et sociale. Le déséquilibre d'au moins une de ces composantes entraîne une augmentation des événements indésirables, conduisant à une augmentation de la dépendance fonctionnelle, puis à une majoration des besoins en ressources de santé voir au décès précoce. On en retrouve d'autres descriptions, bien connues en gériatrie [21] ;
- plusieurs maladies, à des stades d'évolution divers, pouvant impacter l'indépendance fonctionnelle et conduire à une situation de dépendance d'autrui pour la réalisation d'actes de la vie quotidienne. Cela est illustré par le profil moyen des soins des personnes vivant en EHPAD, dont le niveau de « dépendance » est à mettre en parallèle avec les 7 ou 8 affections de longue durée avec lesquelles elles vivent, indépendamment de leur âge « civil » ;
- une altération neurocognitive dont l'impact sur les capacités de jugement et de décision peut conduire à une altération de leur autonomie décisionnelle, conduisant à majorer la dépendance sus-citée.

Cette situation de vulnérabilité, réduisant l'indépendance fonctionnelle et l'autonomie de décision conduit donc, *de facto*, à priver ces personnes d'une forme d'exercice de leur liberté, alors que la déontologie et l'éthique cherchent à la valoriser, a minima, *de jure*.

À cet état de fait se rajoute, dans le contexte pandémique actuel, une vulnérabilité sanitaire qui s'exprime en plusieurs temps, sans que l'on puisse estimer, a priori, la proportion de chacune de ces vagues ni la temporalité de leur survenue :

- morbi-mortalité directement liée à la COVID-19 (formes graves, séquelles respiratoires, complications des hospitalisations prolongées, autres séquelles pour l'instant inconnues) ;
- apparition de maladies aiguës nouvelles, négligées du fait du COVID (infarctus, AVC, cancer) ;
- déséquilibre des maladies chroniques, directement ou indirectement lié à la COVID-19, faute d'accès au programme de soins personnalisé prévu (réallocation des

ressources au sein du système de santé, déprogrammation des soins non programmés, difficultés d'accès aux soins malgré des solutions de téléconsultations), mais aussi secondairement à la diminution des passages des aides à domicile habituellement en place, ne permettant plus l'assurance de la réalisation des aides aux activités de la vie quotidienne et limitant encore les contacts sociaux ;

- conséquences indirectes de la période critique à moyen/long terme : maladies liées ou aggravées par la précarité financière, conséquences psychiques de la crise (deuil pathologique, burnout, conséquences du confinement).

Ainsi, ce contexte de pandémie nous invite à prévenir les conséquences de chacune de ces quatre vagues, lorsque nous entendons protéger les personnes « vulnérables » et non à nous attarder uniquement à la première d'entre elles.

Conflits éthiques posés par le confinement des personnes âgées

Il nous semble nécessaire de poser les tensions éthiques induites par le confinement des personnes âgées vulnérables à plusieurs niveaux pour étayer ce qui relève de la prévention et de la protection de la personne dans le rôle de l'État face à une crise sanitaire et ce qui pourrait relever d'une tendance sociétale à une certaine forme d'âgisme et de paternalisme :

- au niveau individuel, dans la balance entre principe d'autonomie et principe de bienfaisance ;
- au niveau des aidants ou des professionnels, dans la balance entre bienfaisance, non-malfaisance et risque professionnel ;
- au niveau sociétal, dans la balance entre principe de non-malfaisance et principe de justice ;
- il convient néanmoins de ne pas méconnaître le niveau spécifique de la personne atteinte d'une pathologie neurocognitive ne lui permettant plus d'appréhender les enjeux d'une décision complexe à l'échelon individuel.

Analyse des conflits éthiques à l'échelle de l'individu

Si, comme le rappelaient tour à tour le Haut Conseil de santé publique, le Conseil scientifique COVID-19 et le CCNE, les mesures de confinement, voire d'exclusion sont nécessaires, d'un point de vue sanitaire pour protéger les personnes âgées les plus vulnérables d'un risque de surmortalité immédiat lié à l'infection à COVID-19, il convient de s'interroger sur les conséquences possiblement paradoxales de ces mesures sur la santé de ces personnes que l'on cherche le plus à protéger.

En effet, comme évoqué dans le modèle de Gobbens développé plus haut, l'impact du confinement est triple sur la fragilité des personnes âgées :

- sur le plan physique : la réduction des activités physiques quotidiennes directes ou encadrées par des professionnels de santé est fondamentale, tant les bénéfices de l'activité physique sont connus [22] : les conséquences précoces d'une telle réduction d'activité sur la sarcopénie, la chute et la majoration de la dépendance sont des phénomènes largement décrits dans la littérature [23,24] ;

- sur le plan psychologique : outre l'impact direct du confinement (anxiété, risque dépressif), la réduction des activités physiques et de la stimulation cognitive ont un impact majeur sur le risque psychologique (pour la personne [25] comme ses aidants [26]), pouvant s'exprimer sous forme de troubles psycho-comportementaux productifs (agitation, agressivité...) comme négatifs (retrait sur soi, comportements oppositionnels) ;
- enfin, sur le plan social : l'isolement est le 3^e facteur de mortalité en Europe après 75 ans, et renforce le sentiment d'inutilité sociale (impactant sur les composantes psychologiques) autant qu'il diminue les stimulations physiques, nutritives et sensorielles, impactant le 1^{er} point [27].

Ainsi, si l'intention bienfaisante de réduire le risque d'infection dans l'enjeu immédiat d'un confinement particulièrement restrictif des personnes âgées les plus fragiles ne fait pas de doute dans l'avis du HCSP mentionné ci-dessus, ses conséquences pourraient être paradoxalement contre-productives sur un plan médico-économique individuel et collectif. Restreindre l'autonomie dans son versant fonctionnel comme décisionnel majeure encore le risque d'aggravation du déclin physique et psychique. Ceci aboutit à une nécessité de mobilisation plus importante du système de santé à tous les niveaux, impliquant une augmentation des durées moyennes de séjour, et donc, des risques de complications iatrogènes et nosocomiales [28] et donc de mortalité d'une population qu'il s'agissait initialement, de protéger.

Citons ainsi plusieurs programmes de prévention qui pourraient s'avérer utiles pendant cette période, pour identifier et suivre les personnes : le programme ICOPE de l'OMS [29], le projet Vivifrail notamment porté par le Fonds européen de développement régional et le CHU de Toulouse [30] ou, dans ce contexte spécifique de confinement, l'outil ESOGER1©, développé par le Centre d'excellence sur la longévité du RUISSS McGill [31] et transposé en France par l'intermédiaire de la société Française de Gériatrie et Gérontologie [32].

Analyse des conflits éthiques à l'échelle des aidants et professionnels

À l'échelle des aidants professionnels, l'organisation territoriale est particulièrement hétérogène, se structurant entre des échelons d'organisation individuels et des organismes agréés de taille conséquente. Bien que les services décentralisés se soient réorganisés, les interventions restaient tributaires de moyens de transport qui pouvaient manquer à l'échelon collectif (par exemple, transports en commun réduits) et/ou individuel (par exemple, plusieurs membres d'un même foyer peuvent avoir besoin de se déplacer simultanément).

Outre les difficultés de transmission d'informations professionnelles et de formation, le Conseil national professionnel de gériatrie a fait valoir que des équipements de protection individuelle venaient à manquer pour l'ensemble des métiers du grand âge, à domicile comme en institution [33]. Cela a placé ainsi, comme l'exprimait le CCNE [18], bon nombre de professionnels dans un « dilemme : se dévouer pour soigner, avec le risque pour soi-même et les autres

d'être infecté par le soin que l'on prodigue ». Il existait ainsi une balance entre la bienfaisance liée à la réalisation de soins nécessaires, le risque de contamination de la personne aidée par les soins, en l'absence de protection et le risque professionnel pour le soignant, en réciprocité.

Cette question s'est sans doute posée également pour de nombreux intervenants au périmètre d'action mal reconnu, mais dont l'impact sur la vie sociale et l'aide quotidienne est majeur, par exemple, aide-ménagère, concierge, bénévoles et d'autres, dont l'intervention était plutôt pensée de gré à gré.

Pour les aidants, même si leurs déplacements pour « l'assistance aux personnes vulnérables » étaient autorisés à titre dérogatoire [34], leur situation est très hétérogène. Il s'agit dans presque 1 situation sur 2 d'un conjoint et dans près de 2/3 des cas, les aidants continuent à travailler [35]. Compte tenu des impératifs professionnels parfois rendus plus contraignants par les risques de perte de revenus ou des difficultés de déplacement évoquées plus haut, leur capacité à intervenir peut s'être également modifiée. Il existe également un risque pour la santé de l'aidant, souvent fragilisée (et souvent non abordée avec les professionnels de santé, la santé de la personne aidée étant jugée prioritaire) [36]. Aussi, la balance entre l'impératif de « prendre soin de l'autre » et « se protéger » (d'un point de vue sanitaire ou socio-économique) semble pouvoir se poser selon des termes comparables à ceux des professionnels.

Bien que des pistes immédiates aient été proposées [37] et que les organisations territoriales se soient adaptées, notamment dans le renforcement du lien ville-hôpital avec la filière gérontologique s'appuyant sur l'ambulatoire [38], la reconnaissance véritable du statut d'aidant, une meilleure structuration de l'offre et une pérennisation d'un lien fort ville-hôpital sont des pistes qui apparaissent indispensables [39].

Analyse des conflits éthiques à l'échelle de la société

À l'échelle de la société, il est du rôle d'un État de droit que de s'engager dans la protection des plus vulnérables de façon juste et équitable, selon la visée éthique de Paul Ricœur « la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes » [40]. À ce titre, eu égard aux données épidémiologiques disponibles relatives à la COVID-19, la mise en place très précoce de mesures de protections sanitaires ciblées sur ces populations est particulièrement attendue par la société. Respectant l'adage du « *primum non nocere* », la mise à l'écart du risque viral des populations les plus fragiles par des mesures « d'exclusion » semble être un impondérable. Pour autant, difficile de ne pas y voir un positionnement paternaliste, qui, s'il est appliqué de façon systématique et sans discernement, tranche avec les impératifs de justice et d'équité dans l'accès aux soins. En particulier, et de façon paradoxale quand il s'agit de personnes vivant en institution, on retrouve de manière saillante, le conflit possible entre la santé collective et la santé individuelle. Chacun étant possiblement un vecteur de la maladie, comment protéger une personne vulnérable, par exemple, ne pouvant se déplacer seule, de la contamination

par une autre personne vulnérable, ou dont les capacités de mémorisation sont très atteintes et ne pouvant appliquer par elles-mêmes une mesure de distanciation sociale efficiente ?

À plus long terme, c'est la question du regard de la société sur ces personnes vulnérables qui se pose et, en filigrane, une forme d'âgisme latent, exprimant globalement une forme de paternalisme masquée sous une apparence de bienveillance. Cette tension éthique est particulièrement marquée par la question du déconfinement : face au risque pour ces personnes vulnérables, la question est-elle de leur proposer quelque chose de moins que les autres citoyens (c'est-à-dire les laisser confiner plus longtemps) ou plutôt de leur proposer des moyens supplémentaires (par exemple, des masques et autres équipements de protection individuels) ? Sous-jacent, se pose ainsi, plus largement, la question de la place de la personne âgée et/ou vulnérable dans la société qu'il semble nécessaire de considérer, non pas comme une charge, mais comme une valeur, une source d'échanges intergénérationnels et une manière de prendre en compte notre propre vulnérabilité, tel que cela a été développé avec l'éthique (et l'économie) du Care.

Cela revient, ni plus ni moins, à considérer que les personnes vulnérables (ou à risque de l'être), sont des citoyennes à part entière. Malgré un risque différent de développer une forme grave, elles sont concernées par la même problématique : la moitié de l'humanité vivante actuelle est en effet en train d'expérimenter une mesure de confinement. Ce rappel à une participation inclusive des personnes âgées dans la société était d'ailleurs l'objet d'une Déclaration issue du séminaire autour des droits fondamentaux des citoyens âgés [41].

Focus spécifique autour des conflits éthiques pour la personne atteinte d'une pathologie neurocognitive

La présence de troubles neurocognitifs peut conduire, notamment via les troubles mnésiques, exécutifs et émotionnels, à une altération des capacités de jugement et de la prise de décision et donc à une défaillance de l'adaptabilité à un environnement nouveau. Il en résulte une altération progressive de l'autonomie décisionnelle autant que de l'indépendance fonctionnelle. Cela fait naître, par conséquent, une contrainte éthique forte de l'ensemble du réseau de support et de soutien pour compenser cette altération de l'autonomie de la personne. À tous les niveaux (sociétal, institutionnel, personnel) les aidants, qu'ils soient familiaux, informels ou professionnels, ont le devoir de protéger au mieux les intérêts de la personne aidée, dans le respect de positions exprimées antérieurement, la facilitation de l'expression d'une autonomie relative dans un contexte de troubles neurocognitifs ou à défaut, dans la favorisation d'une autonomie relationnelle.

Sur ce plan, la réflexion sur la liberté d'aller et venir en EHPAD (qui est un droit fondamental) a été longuement débattue, bien qu'il persiste toujours des points saillants : le sens de la déambulation de certaines personnes vivant avec des troubles neurocognitifs majeurs ne revêt pas une expression de pleine liberté en conscience, mais est souvent un symptôme d'anxiété et d'une déconnection partielle entre

le corps physique et le corps pensant, qui conduit parfois à proposer une entrée dans une unité de vie protégée pour garantir la sécurité de la personne. Comme cela rentre en opposition avec son autonomie sociale, cela nécessite une procédure de discussion collégiale [42]. Mais cela occulte la problématique qui peut se poser aux personnes vivant avec les mêmes troubles à l'extérieur d'un EHPAD ou aux personnes vivant avec des troubles moindres ayant également un besoin de participation à la vie sociale de la cité, dans une optique de solidarité et d'échanges intergénérationnels.

Ainsi, la question du confinement en EHPAD et des modifications majeures de leur fonctionnement du fait de l'impact de l'épidémie sur les besoins sanitaires des résidents se doit d'être posée sous l'angle de la pleine réalisation des besoins physiologiques, sanitaires, sociaux et d'émancipation réelle de ces personnes particulièrement vulnérables, indépendamment de leur lieu de vie.

En effet, face à des symptômes qui modifient grandement le quotidien, l'institution vise à apporter la réalisation des besoins physiologiques et sanitaires primaires (alimentation, hygiène, logement, prise des médicaments...), qui peuvent parfois être impossibles à réaliser au domicile, ainsi que des interactions sociales qui rompent l'isolement. La ritualisation peut aussi apporter une forme d'apaisement lorsque les repères dans le temps peuvent être difficiles à retrouver. Le besoin d'émancipation et de contact social, s'il peut être partiellement rempli par les usages numériques, est également tributaire de la fracture numérique. Il doit également s'envisager sous l'angle des besoins à remplir (l'outil au service de l'usage), plutôt que sous l'aspect d'une promotion de solutions uniques existantes et transposées, dans l'urgence, sans adaptation individuelle, véritable choix ni garde-fou : l'enjeu des usages numériques adaptés à la génération du grand âge étant de favoriser le contact social et l'inclusion des personnes vulnérables dans la société, pas de s'y substituer.

Apports de la réflexion éthique dans une sortie de crise

Trois paradigmes peuvent nous aider à apporter des solutions concrètes et pragmatiques face à cette crise : issus de réflexions antérieures, ils ont vocation à être toujours utilisés, avec comme objectifs principaux d'améliorer la santé et d'éviter la mortalité prématurée, ce d'autant lorsqu'elle est évitable :

- l'éthique de responsabilité, qui pense la responsabilité des conséquences de nos actes, choix et décisions, avant l'action ;
- l'éthique de la sollicitude (du care), qui consacre le maximum de droits aux plus vulnérables, et que l'on peut développer à partir d'une citation d'Aristote « qui peut le plus peut le moins », visant à nous mettre en empathie avec la personne la plus vulnérable, de sorte d'obtenir, à défaut d'une solution universelle, une réponse la plus inclusive possible et de ne pas priver de libertés et de droits les plus vulnérables, mais plutôt de leur fournir des actions/moyens supplémentaires ;
- l'éthique de la discussion, qui favorise l'émergence d'un consensus juste pour allouer les moyens aux objectifs. Ce troisième paradigme est celui qui est illustré dans l'état

actuel du droit, quand il s'agit d'envisager une entrée en unité de vie protégée ou une limitation ou un arrêt de certains traitements (LAT), à savoir une procédure collégiale. Cette procédure, rappelons-le, tient compte de l'évaluation des bénéfices et risques, de l'avis de la personne, recueilli directement (lorsque cela est possible) ou indirectement à la lecture de ses directives anticipées, auprès de sa personne de confiance ou de ses proches.

On retrouve d'ailleurs une déclinaison de ces paradigmes dans les quatre principes qui inspirent la réglementation sur la protection des personnes vulnérables [43,44] et qui pourraient être également utilisées dans toute situation où une vulnérabilité est suspectée :

- principe de nécessité : en découle le besoin d'attester objectivement qu'il existe une vulnérabilité particulière ;
- principe de subsidiarité : en découle le besoin d'attester qu'une alternative ne peut être envisagée (soit car inexistante, soit car déjà essayée et inefficace) ;
- principe de proportionnalité : en découle le besoin de rechercher la moindre contrainte possible pour l'efficacité maximale ;
- principe d'individualisation : en découle le besoin de mise en adéquation des moyens liés à l'environnement de la personne et ses besoins spécifiques.

Sur un plan sociétal, la mise en application de ces principes suppose qu'ils puissent être appliqués de manière équitable sur l'ensemble du territoire, c'est-à-dire qu'ils ne soient pas faussés par un manque de moyens qui rendrait d'emblée caduque une solution. Or, c'est bien là l'enjeu éthique majeur : si tout ce qui était nécessaire, comme moyen matériel et humain pour le grand âge (et de surcroît dans un contexte de pandémie, en matière de protection individuelle et de moyens diagnostics), était disponible, il n'y aurait pas fondamentalement de questionnement éthique : tout le monde, y compris les personnes les plus vulnérables, pourrait jouir de ses droits et assumer ses devoirs en étant protégé et le choix ne serait pas celui d'une restriction de liberté individuelle ou de protection collective excessive des personnes vulnérables, choix qui nous sont imposés et contre lequel nous nous battons depuis plusieurs années. Cela passerait par des organisations bienveillantes, s'appuyant sur le maillage local du secteur sanitaire de proximité (avec médecin traitant, pharmacie, professions de santé, filière gériatrique dont la gériatrie de proximité et de recours, secteur médico-social et social à l'échelon intercommunal et départemental) pour mettre en œuvre une éthique de la discussion en collégialité, s'appuyant en priorité sur l'avis de la personne ou, à défaut, de son entourage.

Si le socle théorique est désormais assez étoffé (loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 [45], avis n° 128 du Comité consultation national d'éthique sur les enjeux éthiques du vieillissement du 15 février 2018 [46], le rapport de Dominique Libault sur la concertation Grand âge et autonomie du 1^{er} mars 2019 [39], le rapport de Myriam El Khomri en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge du 29 octobre 2019 [47] ou le manifeste des géiatres en 15 mesures porté par le Conseil national professionnel de gériatrie du 15 novembre 2019 [48]), le temps est désormais à la mise en actes !

Profitons de cette crise pour affirmer dans les actes qu'on ne cesse pas d'être citoyenne quand on avance en âge, qu'on favorise la prise de parole des personnes concernées et que face à la possibilité de l'âgisme, les professionnels de santé et leur éthique (responsabilité, sollicitude et de la discussion) sont des avocats des droits des patients.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Debré P, Gonzalez J-P. *Vie et mort des épidémies*. Paris: Odile Jacob; 2013.
- [2] Coignard B. Antibiorésistance : la situation en France et dans le monde. *Bull Acad Nat Med* 2019;203:159–69, <http://dx.doi.org/10.1016/j.banm.2019.02.006>.
- [3] Hervé C, Hintermeyer P, Rozenberg JJ. *Les maladies émergentes et le franchissement des barrières d'espèces : implications anthropologiques et éthiques*. Bruxelles: De Boeck; 2012.
- [4] Domingo E, de Ávila AI, Gallego I, Sheldon J, Perales C. Viral fitness: history and relevance for viral pathogenesis and antiviral interventions. *Pathog Dis* 2019;77(2), <http://dx.doi.org/10.1093/femspd/ftz021>.
- [5] Che D. Quels éléments président à l'émergence d'une épidémie virale ? Peut-on la prévoir ? *Presse Med* 2019;48:1528–35, <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2019.10.012>.
- [6] Hervé C. *Éthique, politique et santé*. Paris: Presses Universitaires de France; 2000.
- [7] Corvol P, editor. *La prévention du risque en médecine : D'une approche populationnelle à une approche personnalisée*. Paris: Collège de France; 2012., <http://dx.doi.org/10.4000/books.cdf.1657>.
- [8] Qualls N, Levitt A, Kanade N, Wright-Jegede N, Dopson S, Biggerstaff M, et al. Community Mitigation Guidelines to Prevent Pandemic Influenza – United States, 2017. *MMWR Recomm Rep* 2017;66:1–34, <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6601a1>.
- [9] Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York, N.Y: Oxford University Press; 2001.
- [10] Conseil de l'Europe. *Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine*, Strasbourg. [En ligne : <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164>]; 1997.
- [11] LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie; 2016.
- [12] Organisation mondiale de la santé. *Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV)*, Genève. [En ligne : [https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))]; 2020.
- [13] Organisation mondiale de la santé. *L'OMS déclare que la flambée de COVID-19 constitue une pandémie 2020*, Genève. [En ligne : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>]; 2020.
- [14] Haut Conseil de la santé publique. *Avis provisoire Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères*. Paris; 2020.
- [15] Conseil scientifique COVID-19. *Avis du Conseil scientifique COVID-19 16 mars 2020*, Paris. [En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_16_mars_2020.pdf]; 2020.
- [16] Comité consultatif national d'éthique. *Enjeux éthiques face à une pandémie*. Paris; 2020.
- [17] Comité consultatif national d'éthique. *Bulletin de veille éthique 23 mars 2020*. Paris; 2020.
- [18] Comité consultatif national d'éthique. *Réponse à la saisine du ministère des Solidarités et de la Santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD*. Paris; 2020.
- [19] Haute Autorité de santé. *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?* Paris; 2013.
- [20] Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA. Determinants of Frailty. *J Am Med Directors Assoc* 2010;11:356–64, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.008>.
- [21] Cesari M, Gambassi G, Abellan van Kan G, Vellas B. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age Ageing* 2014;43:10–2, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/aft160>.
- [22] Etnier JL, Nowell PM, Landers DM, Sibley BA. A meta-regression to examine the relationship between aerobic fitness and cognitive performance. *Brain Res Rev* 2006;52:119–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresrev.2006.01.002>.
- [23] English KL, Paddon-Jones D. Protecting muscle mass and function in older adults during bed rest. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2010;13:34–9, <http://dx.doi.org/10.1097/MCO.0b013e328333aa66>.
- [24] Yeung SSY, Reijnierse EM, Pham VK, Trappenburg MC, Lim WK, Meskers CGM, et al. Sarcopenia and its association with falls and fractures in older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2019;10:485–500, <http://dx.doi.org/10.1002/jcsm.12411>.
- [25] Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes Among the Elderly. *J Aging Health* 2006;18:359–84, <http://dx.doi.org/10.1177/0898264305280993>.
- [26] Neri AL, Yassuda MS, Fortes-Burgos ACG, Mantovani EP, Arbex FS, de Souza Torres SV, et al. Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers. *Int Psychogeriatr* 2012;24:472–83, <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610211001700>.
- [27] Anki J. Prévention des maladies après 75 ans : Intérêt d'agir sur les facteurs de risque. *Gérontologie et société* 2008;31(125):129, <http://dx.doi.org/10.3917/g.s.125.0129>.
- [28] Haute Autorité de santé, Conseil national professionnel de gériatrie. *Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées*, Paris; 2017.
- [29] World Health Organization, Department of Ageing and Life Course. *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity* Genève; 2017.
- [30] Fonds européen de développement régional, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. *Programme Vivifrail, Toulouse; 2014* [<https://www.apptitude-net.com/le-programme-vivifrail>].
- [31] Centre d'Excellence sur la Longévité du RUISSS McGill. *Plateforme digitale d'évaluation socio-gériatrique de premier niveau en période de distanciation sociale*, McGill; 2020, <https://ceexlo.ca/esoger1-urgence-aines-isoles/>.
- [32] Société française de gériatrie et de gérontologie. *COVID-19 : La SFGG adapte et déploie ESoger1, un outil numérique canadien (créé par le Centre d'excellence sur la longévité du RUISSS McGill à Montréal)*, Paris; 2020.

- [33] Conseil national professionnel de gériatrie. Lettre ouverte au ministre de la santé demandant des masques pour les professionnels du grand âge, Paris; 2020.
- [34] Attestation de déplacement dérogatoire. En application de l'article 3 du décret du 23 mars 2020; 2020.
- [35] Briard K. Aider un proche : quels liens avec l'activité professionnelle ? DARES Analyses 2017:10.
- [36] Association Française des Aidants. Les proches aidants : une question sociétale/accompagner pour préserver la santé. Paris, [en ligne] https://www.aidants.fr/sites/default/files/public/Actus/la_sante_des_aidants_-_rapport_final_2016_-_ass._fr._aidants.web_.pdf; 2016.
- [37] Guedj J. Lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées en période de confinement. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2020.
- [38] Koeberle S, Tannou T, Bouiller K, Becoulet N, Outrey J, Chirouze C, et al. COVID-19 outbreak - organisation of a geriatric assessment and coordination unit. A French example. Age Ageing 2020, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afaa092>.
- [39] Libault D. Concertation Grand âge et autonomie. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019.
- [40] Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Le Seuil; 1990.
- [41] Société française de gériatrie et de gérontologie. Droits fondamentaux sur l'avancée en âge, l'accès aux droits et l'exercice des droits par le citoyen âgé, Paris; 2018.
- [42] Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées; 2016.
- [43] LOI no 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice; 2019.
- [44] LOI n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs; 2007.
- [45] Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement; 2015.
- [46] Comité consultatif national d'éthique. Avis n°128 : Enjeux éthiques du vieillissement; 2018.
- [47] El Khomri M. Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019.
- [48] Conseil national professionnel de gériatrie. Le manifeste des gériatres en 15 mesures pour relever le défi de la transition démographique et de la crise des urgences, Paris; 2019.